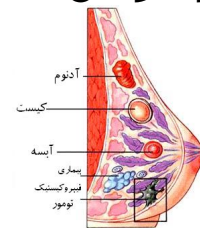


همه‌گیری شناسی

در ایالات متحده سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) در زنان است. هر سال حدود 175 هزار مورد جدید سرطان مهاجم سینه گزارش می‌شود و بیش از 43 هزار زن بر اثر این بیماری فوت می‌کنند. سرطان سینه در مردان نادر است.



عوامل خطر ساز سرطان سینه عبارت اند از: سن بالا، سابقه خانوادگی مثبت، منارک زودرس، یائسگی دیررس، نخستین حاملگی پس از سن 25 سالگی، احتمالاً مصرف استروژن‌های خارجی، قرارگیری در معرض اشعه یونیزان که مثلاً در درمان بیماری‌های کوچکین به کار می‌رود نیز خطر این بیماری را افزایش می‌دهد. هر چند مطالعات همه‌گیری شناسی حاکی از آن است که رژیم غذایی پرچربی احتمالاً بروز سرطان را افزایش می‌دهد اما هیچ نقش سببی برای این عامل به اثبات نرسیده است. فقط 5 تا 10 درصد موارد سرطان سینه با ژن‌های استعداد به سرطان سینه (BRCA1, BRCA2) همراه اند.

سبب شناسی

اکثر سرطانها سینه ، آدنوکارسینوم‌های ارتشاحی مجرا (ductal)

هستند درصد کوچکی از سرطانهای سینه را
آدنوکارسینوم‌های لوبولار ارتشاحی تشکیل می‌دهند.
در مورد اخیر احتمال دو طرف بودن بیماری بیشتر
است. کارسینوم‌های موسینی و لوله‌ای
(tubular)

با پیش‌آگهی بهتر همراه‌اند. شیوع کارسینوم در جای
مجرا

[\[1\]](#)

(

DCIS

یا کارسینوم داخل مجرا) در حال افزایش است، که
احتمالا دلیل آن افزایش غربالگری ماموگرافیک
است.

تظاهر بالینی

سرطان سینه هنگامی تشخیص داده می‌شود که

بیمار یا پزشک متوجه يك توده قابل لمس شود و یا ماموگرافي متداول وجود ضایعه‌اي را نشان دهد. کمتر از ده درصد زنان با بیماری متاستاتیک مراجعه می‌کنند سرطان عودکننده سینه اغلب با متاستازهایی در استخوان، کبد، ریه و دستگاه عصبی مرکزی ظاهر می‌کند اما عود سرطان سینه ممکن است در هر عضوی از بدن بروز کند در زنانی که سابقه سرطان سینه دارند خطر بروز سرطان سینه در سینه مقابل پیش از سایر افراد است. سرطان التهابی سینه با سفتی و اریتم سینه ظاهر می‌کند و غالباً با توده قابل لمس همراه نیست.

جدول 5-56 توصیه‌هایی برای درمان سرطان متاستاتیک سینه

تومرهایی که از نظر گیرنده‌ها و سایر ویژگی‌ها مانع از ظهور

متاستازهای استخوان، پوهِرگی، یگر کبلفرویه

بیش از 2 سال پس از تگهتر انرطاردلکمکین از

پیشرفت پس از ا

□ حذف تخمدان در زنان غیر

پائسه؛ تاموکسیفن یا مهارکننده‌های
آروماتاز (آناسترازول یا لئوروزول) در
زنان پائسه. مرحله بندی

مرحله بندی سرطان سینه مستلزم
خارج کردن تومور اولیه و برداشتن
گره‌های لنفاوی زیر بغلی همین
طرف است. در تومورهای بزرگتر
از 2 سانتی‌متر و در مواردی که

نتیجه بیوپسی گره‌های لنفاوی زیر
بغلی مثبت می‌شود باید آزمونهای
مرحله بندی دیگری از جمله
پرتونگاری قفسه سینه، اسکن
استخوان و

CT

شکم (در صورت غیر طبیعی بودن
آزمونهای عملکرد کبد) انجام
شوند. در تومورهای کوچک و در
مواردی که نتیجه بیوپس گره‌های
لنفي منفي است لزومي به انجام
این آزمونهای اضافي نیست مگر
این که علائمی حاکی از درگیری
متاستاتیک نظیر درد اسکلتی وجود
داشته باشند.

درمان

در مورد تومورهای کوچک سینه ، درمان استاندارد

شامل جراحی توام با حفظ
سینه همراه با توده برداری [2]
و پس از آن پرتودرمانی
می‌باشند. در زنان دچار
تومورهای بزرگتر یا کسائی

که دارای 2 یا چند تومور در
ربع‌های مجزای سینه هستند.
باید ماستکتومی (سینه
برداری) با یا بدون بازسازی
سینه انجام شود.
شیمی‌درمانی پیش از درمان
جراحی (شیمی‌درمانی اولیه
یا
neoadjuvant
) ممکن است امکان حفظ
سینه را در زنان دچار
تومورهای بزرگ که لامپکتومی
در آنها امکان پذیر نیست

فراهم سازد. در بیماران نحيفي
که تومور آنها از لحاظ
گیرنده‌هاي استروژني مثبت
است مي توان پيش از عمل
جراحی هورمون درماني را مد
نظر قرار داد، ولي اين درمان
نباید جایگزین جراحی شود.
درمان کمکي)

adjuvant

(با داروي هورموني
تاموکسیفن و شيمي درماني
در زنان قبل و بعد از يائسگي
که خطر سرطان سینه

سیستمیک عود کننده در آنها
زیاد است موجب افزایش
میزان بقای کلی و بقای عاری
از عود می شود.

برای درمان بیماری
متاستاتیک از هورمون درمانی
یا شیمی درمانی استفاده
می شود (جدول 5-56). امید
به زندگی در زنان دچار
متاستازهای کبد، ریه یا دستگاه
عصبی مرکزی است. بیس
فسفوناتها نظیر پامیدرونات

سبب کاهش درد همراه با
متاستازهای استخوانی و خطر
شکستگی در زنان دچار
متاستازهای اسکلتی می‌شوند.

برای درمان
DCIS

ماستکتومی یا لامپکتومی و
پس از آن پرتو درمانی
انجام می‌شود. در زنان
دچار
DCIS

چند کانونی یا

DCIS

قابل لمس باید دیسکسیون

گره لنفی زیر بغل انجام

شود زیرا در درصد کوچک

اما قابل توجهی از بیماران

گره‌های لنفی مثبت

می‌شوند که نشان دهنده

کانونهای سرطان مهاجم

است. برای درمان زنان

دچار

DCIS

که سرطان مهاجم گره‌های
لنفی را درگیر کرده است
همچون تومور اولیه
ارتشاحی باید از درمان
سیستمیک استفاده نمود.

ماستکتومی دوطرفه
پیشگیرانه در زنان دارای
ژنهای استعداد ابتلا به
سرطان سینه به نام
BRCA1

9 BRCA2

توصیه می‌شود. روش دیگر
پایش بالینی دقیق شامل
معاینه ماهانه سینه توسط
خود فرد، معاینه مکرر
توسط پزشک و ماموگرافی
مرتب است. تاموکسیفن
ممکن است سبب کاهش
خطر بروز سرطان سینه در
این زنان و سایر زنان در
معرض خطر این بیماری

شود.